

## ទម្រង់សំរាប់បណ្តឹងត្បូន្តែវ

ហំពេញ ហើយចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ បើសិនជាអ្នកដាក់បណ្តុះដឹកឆ្លងផ្លូវត្រូវត្រូវ បុបណ្តុះដាក់សារទួរទូជាមួយនិងដែនការសុវភាពរបស់អ្នក ហើយនៅពេល

- អ្នកមិនពេញចិត្តជាមួយនឹងសេចក្តីសំបុរាណសំដែនការស្ថាការបាលសំអ្នក ឬ
  - អ្នកមិនចាបទទូលាយសេចក្តីសំបុរាណដែនការស្ថាការបាលសំអ្នកក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃ ។

បើសិនជាអ្នកចង់ផ្តល់ទួរសោរណាម្នាក់ដៃនៅឡើតទូវអំណាចដើម្បីជួយអ្នកក្នុងរឿងបណ្តុះតួចញ្ញា អ្នកក៏ត្រូវតែបំពេញទម្រង់អនុញ្ញាតអ្នកដែនយ៉ាងនៅ។

បើបណ្តុះត្រឡប់អ្នកអំពីបញ្ហាប្រចាំឆ្នាំរាយការណ៍នៃខ្លួន សូមទូរសព្ទមកម្មង់មណ្ឌលជំនួយ HMO តែម្ខ្រវេទេះ ។ ទូរសព្ទទៅលេខទាំងនេះ គឺមិនមានអស់ថ្ងៃទេ ។

**1-888-HMO-2219** / 1-888-466-2219      TDD 1-877-688-9891

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ

នាមរឿង \_\_\_\_\_ នាមកណ្តាល-សង្គម \_\_\_\_\_ នាមត្រកូល \_\_\_\_\_

ភាសាខ្មែរ \_\_\_\_\_

សេចក្តីថ្លែង \_\_\_\_\_ វិធាន \_\_\_\_\_ សំបុត្រ \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទទាក់ទងពេលវែង # \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទទាក់ទងពេលយប់ # \_\_\_\_\_

ແນະໝຶກກາງ ສອກາດ

លេខសមាជិកភាពរបស់អ្នកជីដើម្បី (ខ្លួន/បី/ព្រៃណ)

**India Medical Group \***

\* លោកស្រីហេណុនាន់បានបង្ហរណ៍អត

1 តើអ្នកមានប័ណ្ណ Medi-Cal បុន្ចែ?

□ បាន/ចាស់ + □ ទេ

2 តើអ្នកមាន Medicare ឬ Medicare Advantage បុរ៉ូ?

□ ດາວ/ຫ້າສົ່ງ □ ເຮັດ

3 ເຕີ່ມູກຝາກໍຕາງໆ ບណດີໃຈຫຼຸດ້ວຽກ ບູບບណດີໃຈສາຮູຖືຜົມຍິເຊະນັກສູກາກາຣບສໍ່ມູກບູແ?

បាន/ចាស់ ទៅ

4 តើដឹងការសុខភាពរបស់អ្នកលប់ថាលការធានវាបានរៀនរបស់អ្នកបើ?

បាន/បាន<sup>+</sup> ទេ

៥ ចូរទុកលំនៅការគួរពនាំក្នុងរបស់អ្នក: នប្រើប្រាសង្គមនៃដោយខ្សោក បើចាំបាច់

**ជាមុនភាគរដ្ឋី:** តើសេវាកម្មអីខែៗដែលអ្នកចង់បានពីផែនការសុខភាព បុអកជូល់ការបំនើរបស់អ្នក?

ເຖິງມານເກືອສជ້າມຍົເສວກົມຜົລມກຕະໂຄລົບທີ່ຜົນກາຮ່າກາດ ບໍລິຫານທີ່ມີກຳນົດກຳນົດ?

ເຖິງບານາວົງກພູບໍ່ເຕີມື້ຜົນມາໃຈຜ້າມຍື່ນກາຮຽນວິກາດ ບ້ານກັບລ່າຍຸກບໍ່ໄວ້ບ່ານໆມັກ?

**មានភ្លាប់ទៅបីជាមួយក្នុងឯមកជាមួយបូន្មិញ?**  បាន/ មិនបាន  ទេ

□ ບາງ/ບ້າສ<sup>†</sup> □ ເຮ

ហត្ថលេខាអ្នកដំឡើង ឬមាតាបិតា \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

ផ្សេងៗសម្រាប់ទាំងអស់ តាមសំបុត្រ ឬ ផ្សេងៗមនុរសារទេ: HMO Help Center, Department of Managed Health Care, Complaint Unit, 980 9<sup>th</sup> Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814; FAX: 916-255-5241

# HMO Help Center

## ទម្រង់អនុញ្ញាតអ្នកជំនួយ

- បើសិនជាមួកចង់ផ្តល់ពុំណឹងណាម្នាក់ដើរទៅត្រូវអំណាគមីនិយមនីតិវិធីក្នុងរឿងការណ៍ (IMR) ឬបណ្តឹងត្បូងផ្លូវ ឬរបំពេញ ត្រូវ A និងត្រូវ B ខាងក្រោម ។
  - បើមួកជាមាតាបិតា ឬជាមួកអាណាព្យាពាលស្របច្បាប់បំពេញទម្រង់ IMR បុគ្គលូត្រូវសំរាប់ក្នុងប្រភាគអាយុ 18 ឆ្នាំ មួកមិនចាំបាច់ត្រូវទំនាក់ទំនងច្បាស់នេះទេ ។
  - បើមួកបំពេញទម្រង់ IMR ទេ ឬបុគ្គលូត្រូវសំរាប់មួកដីដីដែលមិនអាចបំពេញទម្រង់ទេនៃជាយសារមួកដីដីអស់មក្នុកាត ឬពិការ ហើយមួកមានអំណាគមីនិយមនីតិវិធីក្នុងនីតិវិធីសារបំពេញទម្រង់ សមបំពេញត្រូវត្រូវត្រូវត្រូវត្រូវ បុណ្ណោះ ។ ម៉ោងទៅត្រូវសម្រាប់សំណែកជំឡុងមួយថ្ងៃប៉ុណ្ណោះ និងក្រោមពីរថ្ងៃប៉ុណ្ណោះ សំណែកជំឡុងមួយថ្ងៃប៉ុណ្ណោះ ។

## ផ្នែក A: អ្នកជីវិត

ខ្លួនយល់ថាមានតែកំពើមានទាក់ទងឡើន IMR បុរាណត្រូវដោរទីនៃក្រោមបានចែករំលែក ។

ការរួលព្យមរបស់ខ្លួនដីឡាយនេះ តើស្ថិតិក្រឹត ហើយខ្លួនមានសិទ្ធិបញ្ចប់វា ។ បើចុងចាត់បញ្ចប់ជូននេះ ទំនួរតើដើរឡើងជាលាយលកណីអក្សរ ។

ហត្ថលេខាបរបស់មាត្រាបិទា \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

### ផ្នែក B: ជនដែលជួយអ្នកជំងឺ

សេចក្តីថ្លែងទៅលាង ឬ (សរសរិត) \_\_\_\_\_

បាត់បេជ្ជាតិនឹងមែនជាយ

អាសយដ្ឋាន \_\_\_\_\_

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកគាំទ្រ

ទូរស័ព្ទភាគកទេសពេលវិញ # \_\_\_\_\_

ទ្វារស៊ីត្បូនាកទេងពេលយប់# \_\_\_\_\_

ລົອດປະຕລສູ່ພະນາຍາຮບສູ່ສາບການສະໜອໃຈ່ຽງກຸມອວກາດ ມູນຄວາມຫຼັກສາງເປັນເປົ້າເຖິງກົດໝາຍ

លិខិតប្រព័ន្ធសិទ្ធិអំណាចរបស់ខ្លួនការសំនងថ្មីថ្មីសុខភាព បូសំណុំងកសារសេចក្តីថ្លែងជាប្រព័ន្ធដែលមានភាពជាមួយ ។

# HMO Help Center

## សេចក្តីជូនដំណឹងនេះគឺរវាងបាយច្បាប់ \*

ច្បាប់អំពី Knox-Keene Act នៃរដ្ឋ California ផ្តល់ឡក្រស្សដែកគ្រប់គ្រងថវិករោងរាជការ [(Department of Managed Health Care) (DMHC)] នូវអំណែងចាក់បទបញ្ជាមសល់ដែនការសុខភាព និងសុវត្ថិភាព និងការបង្កើតបណ្តុះបញ្ជូនក្នុងក្រុងរបស់សមាជិកដែនការសុខភាព ។



\* ច្បាប់ផែលភូរិសេចក្តីថ្លែងជាជីវិ៍នេះ តើការអប់រំក្នុងប្រព័ន្ធដែលត្រូវការគោរព នៅឆ្នាំ 1977 (California Civil Code Section 1798.17) ។